

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

61

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves, Emile, Jean DARCEL

Né le 20 Juillet 1932, à SEGUEN (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 1963

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT LOCAL DES HÉMORROIDES

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne

PARIS - VI

1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1963

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Yves, Emile, Jean D A R C E L

Né le 20 Juillet 1932 à SEGLIEN (Morbihan)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU TRAITEMENT LOCAL DES HEMORROIDES

-:-

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)



D.P. TAIB

8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1963

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAVIER (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONOD (R), MOUQUIN (M), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHT (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J)

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR CORDIER (G)

2e ASSESSEUR CASTAIGNE

I - PROFESSEURS

I^o- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F)
	{ SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	N
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactér. et vir.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	N....
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

MM.:

Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générale	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
	{ DOGNON (A)
Physique médicale	{ DJOURNO (A)
	DESGREZ (H)
Radiologie médicale	
Technique chirurgicale et chi- rurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Melle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirur- gicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	N...
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin	LEGER (L)
Cliniques chi- (Hôtel-Dieu	PATEL (J)
rurgicales (Pitié	CORDIER (C)
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	SICARD (A)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	F. de GAUDART d'ALLAINES

Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut)	LENEGRE (J)
(Broussais)	SOULIE (P)
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médi- (Cochin)	BROUET (G)
cales (Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
(Lariboisière)	SEZE (S.de)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine)	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- (Baudelocque)	LACOMME (M)
tétricales (Foch (Suresnes))	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)

MM.

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicale	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H)
	{ LHERMITTE (F)
	{ PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES

MM.

Anatomie	{ CABROL (C)
	{ COUINAUD (C)
	{ GILLOT (C)
	{ OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS
	{ pr.s. ch.
	{ ABELANET (R)
	{ BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	(CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	(KERN (E.) VOURC'H (G) BARBIER (P) CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Bactériologie	(BAULIEU (Et)m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUH (J) JEROME (H)
Biochimie médicale	(PLAS -(F)
Biologie appliquée à l'Educa- tion Physique et aux Sports	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)
Carcinologie	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)
Dermato-Syphiligraphie	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)
Electro-Radiologie	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)
Hématologie	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)
Histologie	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)
Hydrologie	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)
Hygiène	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)
Maladies infectieuses	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)

	MM.
Médecine légale	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
	(HADENGUE (A)
Médecine du travail	(ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	(PERTUISET (B)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(Le LORIER (G)
	(LEVY (J)
	(MORIN (P)
Obstétrique	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(SENEZE (J)
	(SUREAU (C)
	(THOYER-ROZAT (J)
	(BREGEAT (P)
Ophtalmologie	(DUBOIS (A)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
	(MEARY (R)
Orthopédie	(POSTEL (M)
	(RAMADIER (J)
	(DEBAIN (J)
Oto-rhino-laryngologie	(PIALOUX (P)
	(GOLVAN (Y)
Parasitologie	(LAPIERRE (J)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CERBONNET (G)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch.)
	(DUBOST (Cl.)
Pathologie chirurgicale	(FAUREL (J)
	(FLABEAU (F)
	(GARBAY (M)
	(GARNIER (H)
	(GAUDART-d'ALLAINES
	(Cl.de)
	(GERMAIN (A)
	(LATASTE (J)
	(LEVEQUE (B)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER (M)

	MM.
Pathologie chirurgicale...	(NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	(SCHNEIDER (J) BENHAMOU (J.P.) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie expérimentale..	(AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHÉ (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK (J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pathologie médicale	(LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(VIALATTE (J)
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
	(BARRES (G)
	(DEJOURS (P)
Physiologie	(DURAND (J)
	(GIRARD m.conf.
	(HUGELIN (A)
	(SCHERRER (J)
	(CHANTEUR (J)
	(GOUGEROT (L)m.conf.
	(pr.s.ch.
Physique médicale	(GREMY (F.)m.conf.
	(MILHAUD (G)
	(PELLERIN (P)
	(ROUCAYROL (J.Cl)
	(TUBIANA (M)m.conf.
	(KREIS (B)
Pneumo-phtisiologie	(MEYER (A)
	(RENAULT (P)
Psychiatrie	(PICHOT (P)
	(DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D)
	(FLAVIGNY (H)
	(LAPRESLE (J)
Rhumatologie	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT(Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
	(MARCHE (J)
	(AUVERT (J)
Urologie	(MOULONGUET (A)
	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Anatomie	MM.
	DEBEYRE (J)

MM.

Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P)
	{ AMELINE (A)pr.s.ch.
	{ VERNE (J.M)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M)
	{ RAMBERT (P)
	{ THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J)
	{ MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P)
	{ OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROP(P)pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE { BOLTANSKI (E) SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	} M le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'His- toire de la Médecine	
Conservateur	
	Mlle DUMAITRE (P)
	{ Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Bibliothécaires	{ Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G)
	{ QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père,

A ma Mère,

Avec toute mon affection

A ma Femme,

A mon Fils,

A ma Fille,

Avec toute ma tendresse

A tous les Miens,

A tous mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur L. de GENNES,

Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Broussais,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU TRAITEMENT LOCAL DES HEMORROIDES
-:-:-

CHAPITRE I

-:-

LA MALADIE HEMORROIDAIRE

-:-

Les hémorroïdes sont des dilatations variqueuses des veines ano-rectales qui forment deux plexus dans la zone muqueuse.

a) Le plexus hémorroïdal interne situé au-dessus de la ligne ano-rectale qui se déverse dans les veines hémorroïdales supérieures tributaires du système Porte.

b) Le plexus hémorroïdal externe qui se déverse dans les veines hémorroïdales moyennes et inférieures tributaires du système Cave inférieur.

Les veines hémorroïdales réalisent une importante anastomose entre le système Porte et le système Cave inférieur.

Anatomiquement, on distingue trois types d'hémorroïdes selon leur siège par rapport à l'orifice anal :

1) les hémorroïdes externes situées au-dessous du sphincter externe sous la peau au voisinage de la jonction cutanéomuqueuse, se découvrent par l'examen direct.

2) Les hémorroïdes internes situées au-dessous du sphincter anal uniquement sous-mu-

queuses, ne sont mises en évidence que par l'examen endoscopique.

Elles sont susceptibles de se prolaber au dehors de façon intermittente, hémorroïdes procidentes, dont la procidence permanente détermine un prolapsus hémorroïdaire.

3) Les hémorroïdes intéro-externes situées à la fois au-dessus et au-dessous du sphincter, recouvertes de muqueuse à la partie supérieure et de peau à la partie inférieure.

PATHOGENIE

Deux théories majeures semblent expliquer la genèse des hémorroïdes :

- a) Théorie mécanique
- b) Théorie inflammatoire

a) Théorie mécanique

La stase et la distension veineuse relèvent de plusieurs causes :

- Les conditions anatomiques ne favorisent pas le retour veineux. Les veines ano-rectales sont déclives et dépourvues de valvules.

- Les efforts de défécation elevent la pression sanguine. Les micro-traumatismes dus aux passages des selles atteignent la muqueuse anale.

- De même toute gêne de la circulation veineuse provoque une dilatation des veines hémorroïdales.

- Lésions rectales, en particulier tumeur rectale, cancer du rectum, adénome, tumeur villeuse, polypose, rétrécissement du rectum.

- Affections génitales utéro-ovariennes, prostatiques. Chez les femmes rétroversion utérine importante, kyste de l'ovaire, cancer de l'utérus. Chez l'homme, adénome prostatique ou cancer prostatique.

Affections vésicales
Affections pubiennes
Grossesse

- A côté de ces lésions locales, toutes les affections qui font plus ou moins obstacle à la circulation portale, peuvent être à l'origine des hémorroïdes. Telles sont les affections hépatiques, cirrhoses alcooliques ou cardiaques, hypertension artérielle.

b) Théorie inflammatoire

La stagnation du bol fécal et la septicité jouent un rôle important dans la création et l'entretien de l'inflammation locale. L'anorectite pratiquement constante et la cryptique sont responsables de la plupart des signes cliniques (douleurs, glaires, hémorragies) et à l'origine de bien des complications (fistules, fissures, prurit).

La pathogénie des hémorroïdes doit faire penser à l'hémorroïde symptôme et lorsqu'on découvre des hémorroïdes, il importe donc de faire un bilan complet, en recherchant un obstacle à la circulation veineuse : rectal, sigmoïdien, génital, portal, ou cardiaque.

Mais dans le plus grand nombre des cas, l'examen le plus attentif ne permet de révéler aucune cause apparente.

Il s'agit alors d'hémorroïdes idiopathiques.

Il existe un terrain spécial :

- Les hémorroïdes sont plus fréquentes chez certaines races : Israélites, habitants du Moyen-Orient.

- Le facteur social est indiscutable. Si les hémorroïdes se voient chez les sujets effectuant des exercices violents, si elles s'observent fréquemment chez les cavaliers et les coureurs cyclistes, elles sont une affection courante de toutes les professions sédentaires.

- Le facteur constitutionnel est également connu. Certains malades sont prédisposés et cela d'une façon héréditaire. Les hémorroïdes se rencontrent chez les pléthoriques, les gros mangeurs, les obèses, les dyspeptiques, les colitiques. La constipation et la diarrhée la favorisent. A côté des troubles digestifs, une part doit être faite aux troubles endocriniens.

RAPPEL CLINIQUE

Les hémorroïdes externes se manifestent par une complication : la thrombose qui se traduit par une tuméfaction douloureuse aboutissant à la marisque.

Les hémorroïdes internes évoluent par poussées où domine l'infection.

a) L'anite : avec douleurs anales, gonflement local et prurigineux et parfois écoulement local.

b) Cryptite et papillite où persistent des douleurs, démangeaisons locales accentuées rythmées par les selles.

Si ces poussées se répètent de plus en plus fréquemment elles constituent la maladie hémorroïdaire avec deux symptômes essentiels : l'hémorragie et le prolapsus.

Le prolapsus peut être intermittent ou permanent, s'accompagnant alors d'un suintement incessant et septique réalisant une véritable infirmité.

c) Les hémorroïdes internes peuvent se thromboser dans le canal anal avec une douleur un peu plus importante ; ou en dehors du canal réalisant l'étranglement hémorroïdaire.

L'anite et la cryptite sont responsables des fissures anales et des abcès de la marge de l'anus.

Les malades sont amenés à consulter pour des hémorragies, mais aussi pour sensation de pesanteur ano-rectale, ténésie, douleurs, prurit anal, suintements.

LES HEMORROIDES, MALADIE SOCIALE

Les hémorroïdes sont une maladie de notre civilisation qui connaît une augmentation des professions sédentaires. D'autre part, la montée du niveau de vie crée un confort domestique qui ne prédispose guère aux exercices physiques. La multiplication des transports en commun et individuels, automobiles en particulier, diminuent encore l'activité physi-

que, entretenant ainsi la stase sanguine et la constipation.

Un pourcentage croissant d'individus se lève le matin, prend la voiture pour aller s'asseoir derrière un bureau de huit heures à midi, fait quelques pas ou reprend la voiture pour le déjeuner, s'assoit à nouveau de 14 à 18 heures, rentre chez lui pour dîner et contemple la télévision. Le week-end se consacre à une course plus ou moins longue en voiture.

Cette sédentarité conduit l'individu à un pléthore ou à l'obésité : facteur supplémentaire d'hémorroïdes.

Les appréhensions diverses, les traumatismes psychiques multiples d'une journée créent chez d'autres individus une excitation vagale intermittente avec diarrhée.

Le transit digestif subit les variations psychosomatiques de l'individu. Le terrain colitique est favorable aux hémorroïdes.

Les hémorroïdes apportent un handicap à l'exercice normal de l'activité. Ainsi la douleur des poussées hémorroïdaires altère le tonus et l'humeur de l'individu qui est sans cesse sollicité par elle. Cette douleur peut empêcher l'individu de garder la position assise et l'obliger à suspendre complètement son activité. On ne peut méconnaître l'incidence du bon fonctionnement sphinctérien sur l'équilibre psycho-affectif et psychosomatique. La douleur de la fissure hémorroïdaire peut être intense et s'accompagner d'un état d'anxiété particulier.

Les hémorragies, par leur abondance et leur répétition, sont à l'origine d'anémie.

Le prurit évolue également par poussées et au fur et à mesure des répétitions, persiste plus longtemps en augmentant d'intensité.

Il détermine des envies de plus en plus impérieuses de grattage, qui seul calmera le malade. Le début de la crise de prurit est fait de sensations vagues, très localisées, puis progressivement cette sensation augmente créant un premier réflexe de grattage ce qui ne fait que l'exacerber et le malade au bout de quelques minutes se gratte furieusement, arrachant l'épiderme. Le malade ne trouve la paix devant ces sollicitations impérieuses qu'après ces épisodes de grattage. Cette sollicitation prurigineuse par son insistance obsédante compromet la santé du malade, son sommeil et son équilibre psycho-affectif.

Les suintements hémorroïdaires minimes n'apportent au début qu'une gêne légère, mais cette gêne s'accroît avec l'abondance et la persistance du suintement, au maximum c'est une véritable infirmité.

Suintement et prurit créent des lésions de voisinage : eczéma, dermites microbiennes et mycosiques.

Les complications des hémorroïdes entraînent une suspension des activités de l'individu.

CHAPITRE II

--:-

TRAITEMENT DES HEMORROIDES

--:-

Le Médecin dispose pour soigner les hémorroides de nombreuses méthodes qu'il peut utiliser isolément, successivement ou associées.

Médicales
Psychothérapiques
Sclérosantes
Chirurgicales

Parmi les méthodes médicales : les applications locales de pommade et les suppositoires restent au premier plan.

La thérapeutique par pommade s'adresse électivement aux manifestations hémorroïdaires douloureuses et au premier chef la crise de poussées hémorroïdaires.

TRAITEMENT LOCAL DES HEMORROIDES PAR DES POMMADES ANTI-HEMORROIDAIRES

Divers principes sont entrés dans la préparation des pommades.

L'Adrénaline a été utilisée en raison de ses propriétés veino-constrictives. Mais cette vaso-constriction est douloureuse et sa briè-

veté laisse réapparaître une douleur plus violente. A la vaso-constriction intense succède une vaso-dilatation compensatrice importante avec inflammation accrue. Ces inconvénients ont fait abandonner les compositions à base d'Adrénaline.

Les propriétés anesthésiques de certains produits : stovaine, cocaïne, procaine, ont paru apporter une solution au syndrome douloureux et par là même aux réactions inflammatoires locales.

Dans la moitié des cas il n'y a aucune amélioration mais au contraire une accentuation. L'effet calmant est immédiat mais limité et dès que l'action cesse, il y a reprise des phénomènes douloureux.

La muqueuse anale est très sensible aux allergènes cliniques et en particulier à la procaine, à la stovaine, qui présentent dans leur formule un groupe para et une fonction amine.

Cette sensibilisation aggrave de nombreuses anites et se trouve d'autre part à l'origine de certains prurits et de dermatoses eczématiformes.

Les dérivés corticoïdes ont enrichi l'arsenal anti-inflammatoire, l'hydrocortisone entre dans de nombreuses préparations en raison de ses propriétés anti-inflammatoires. Il existe une part plus ou moins importante d'infection dans les hémorroïdes et l'on a pu noter des poussées infectieuses en rapport avec l'utilisation des corticoïdes, et une aggravation du suintement et du prurit.

1 - Tout traitement protégeant la muqueuse anale aura un effet calmant évitant les micro-traumatismes dus au passage des selles.

2 - Tout traitement antiseptique diminue l'inflammation.

3 - Tout traitement vasculaire est actif sur l'état congestif.

PRINCIPES D'UTILISATION D'UNE POMMADE ANTI-HEMORROIDAIRE

Nous avons pu utiliser une pommade de formule simple, d'un mode d'action original à base de silicones, d'hexachlorophène et de rutoside.

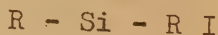
Formule :

Rhodorsil 47 V 500 (silicone)	20 g
Rutoside	0,50 g
Hexachlorophène	0,25 g
Eau distillée	7,25 g
Huile de vaseline codex	5 g
Vaseline	44 g
Lanelgine	23 g

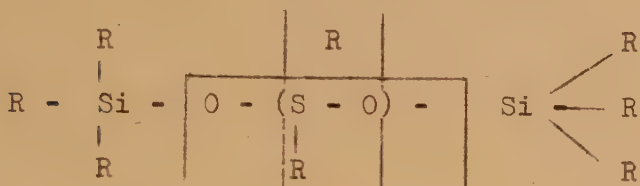
pour 100 g de pommade

A - SILICONES

Le Rhodorsil est un silicone. On a pris l'habitude de désigner sous le nom de "silicones", non pas des composés de formule générale :



mais des polysilicones dont la structure peut être décomposée ainsi :



Propriétés physiques :

Solubles dans les solvants organiques courants, ils sont complètement insolubles dans l'eau. Leur pouvoir hydrofuge est très élevé et une surface recouverte d'une pellicule extrêmement mince ne se laisse plus mouiller par l'eau (propriété valable vis-à-vis de l'eau liquide, mais non de la vapeur).

Leur viscosité varie dans de très larges limites, mais reste peu sensible aux écarts de la température.

Leur tension superficielle faible explique que les variétés fluides s'étalent franchement sur les surfaces et qu'elles possèdent une grande activité anti-mousse.

Propriétés cliniques :

Ces composés qui sont incolores, inodores, insipides, sont d'une stabilité remarquable, ne réagissant pratiquement : ni avec l'eau, ni avec les bases, ni avec les acides, pas plus qu'avec la plupart des réactifs courants.

Classification :

Les silicones se présentent sous diverses formes :

- fluides
- pâtes
- lubrifiants
- résines
- caoutchoucs

Le type de silicone employé est un fluide, le Rhodorsil directement utilisable dans les crèmes, onguents, pommades.

Toxicité :

L'étude toxicologique des silicones a été particulièrement poussée en raison des quantités très importantes fabriquées dans l'industrie.

Toxicité par contact :

1 - Des applications de silicones sur la peau (oreilles et abdomen de Lapin) n'ont causé aucune irritation. Il n'y a pas eu jusqu'à présent d'allergie des mains aux silicones, et pourtant de nombreuses personnes les manipulent sous diverses formes dans l'industrie.

2 - Par injection parentérale : L'injection sous-cutanée ou intra-dermique à des Lapins a été bien tolérée.

3 - L'ingestion. Le comportement, la croissance et la mortalité des Rats nourris avec des rations renfermant 3/1000 d'un silicone a été identique à celui du lot témoin.

I°- Applications médicales

1/ Les propriétés anti-mousse ont été utilisées pour faciliter la vision en gastroscopie.

2/ En gastro-entérologie l'action protectrice des silicones pour la muqueuse gastrique et oesophagienne a été mise à profit dans diverses spécialités.

3/ L'emploi le plus important relève de la dermatologie. Les propriétés hydrofuges sont mises à profit pour protéger la peau de l'action irritante de l'eau et des solutions aqueuses caustiques.

Emploi :

Pour la prophylaxie des dermites professionnelles (protection de la peau autour des plaies chirurgicales).

Contre l'irritation par grattage des plaques d'eczéma.

Contre l'inflammation due aux liquides organiques (sécrétion, suppurations).

Protection, grâce aux crèmes dans la manipulation de la Streptomycine.

Les crèmes ou pommades n'empêchent pas la respiration ni la sudation.

4/ En chirurgie : siliconage des instruments, ce qui facilite leur nettoyage après les interventions. Siliconage des flacons et catheter pour transfusion sanguine de façon à empêcher la coagulation, siliconage du matériel de laboratoire.

5/ En médecine vétérinaire

Les propriétés anti-écume ont permis son utilisation dans le traitement du météorisme du bétail. L'injection dans la panse de l'animal d'une suspension de silicones améliore son état.

Les silicones sont utiles dans diverses affections, en particulier : le pyrosis de la grossesse, l'oesophagite peptique, les gastrites de diverses origines et les gastrites médicamenteuses. Aux Etats-Unis certains auteurs, en particulier J.A. RIDER ont démontré que les silicones du fait de leur action anti-mousse pouvaient exercer une action calmante du météorisme abdominal post-prandial qui serait selon ces auteurs en rapport avec la formation de mousse dans le côlon.

NICKERSON et CURY ont démontré chez le Rat l'action protectrice des silicones dans l'ulcère expérimental par ligature du pylore et dans l'ulcère expérimental provoqué chez le Cobaye par l'injection d'Histamine.

CHEVILLARD et GIONO ont confirmé les effets préventifs des silicones sur la formation de l'ulcère gastrique aigu du Rat obtenu par l'injection de doses massives d'histamine sous le couvert d'anti-histaminiques.

2°- Utilisation en proctologie

Le gel de silicone, agent de recouvrement de la muqueuse gastrique et oesophagienne ayant été jugé efficace en pathologie digestive, il apparaît que son utilisation peut s'étendre au traitement des hémorroïdes internes et externes, et notamment à celui de l'anite et de l'ano-rectite.

Etude pharmacologique

On a vérifié (Professeur Agréé R. MARCY) (1) que l'application de pommade à base de silicones, hémachlorophène, rutoside, sur la muqueuse ano-rectale des Lapins (une application par jour, cinq jours par semaine, pendant quatre semaines) ne provoquaient aucun phénomène d'irritation locale. Les examens histologiques ont confirmé la bonne tolérance par la muqueuse de cette pommade (Professeur Agréé Ch. GUYGOU) (1).

Nous avons vu qu'en cas d'état congestif hémorroïdaire, l'irritation de la muqueuse est entretenue par le contact avec les matières fécales et l'infection qui peut en résulter. Il est donc utile d'établir une barrière entre la muqueuse et le milieu extérieur : "siliconée", la muqueuse peut échapper à la surinfection. Les douleurs seront atténuées du seul fait de l'occlusion des lésions comme il est habituel de l'observer en dermatologie.

B - HEXACHLOROPHENE

Toute effraction de la peau ou muqueuse crée des conditions favorables au développement des microbes. Il faut donc prévenir et guérir l'infection.

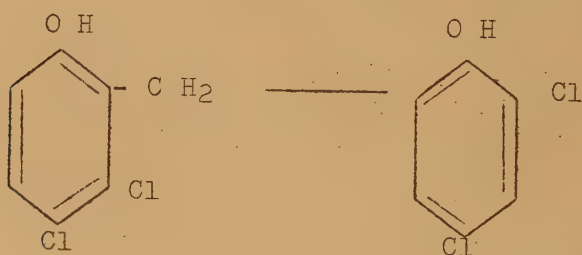
Presque tous les antibiotiques et les antiseptiques se sont montrés capables de sensibiliser la peau et de déterminer de l'eczéma.

(1) Les résultats de l'expérimentation pharmacologique et histologique nous ont été aimablement communiqués par le Professeur Agréé R. MARCY et par le Professeur Agréé Ch. GUYGOU.

Hexachlorophène antibiotique de synthèse, n'est pas eczématogène et il est d'utilisation strictement dermatologique.

De plus, il n'y a pas de sensibilisation croisée à redouter.

Formule :



Toxicité : Pratiquement nulle chez la Souris, le Cobaye et le Rat.

Activité in vitro :

Bactériostatique considérable sur le staphylocoque doré et autres germes d'infection. La concentration bactériostatique est de 1/1.000.000. Il empêche la croissance de BK à 1/1.500.000.

Bactéricide

Son pouvoir bactéricide est important pour le staphylocoque, un peu moins pour le coli et les autres germes.

Ce pouvoir croît avec le temps de contact.

Il n'y a pas de création de nouvelles souches microbiennes.

Aucune modification de la sensibilité des germes n'est apparue à la suite de traitement (GRALL et WANDIS).

Pouvoir germicide

Découle de son pouvoir bacteriostatique et bactéricide.

Tolérance :

Il ne provoque pas d'eczématisation. La tolérance cutanée est parfaite, on a pu traiter des eczémas avec l'hexachlorophène.

Utilisation

- . Dermatoses microbiennes
- . Eczémas microbiens
- . Dermatoses irritables
- . Plaies simples infectées, brûlures
- . Ulcères jambes, escarres
- . Erythème fessier des nourrissons.

Prophylaxie

En chirurgie comme antiseptique dans le nettoyage chirurgical.

Il existe dans les hémorroïdes des manifestations inflammatoires avec atteinte de la muqueuse réalisant une anite ano-rectite hémorroïdaire ou une cryptite. Cette inflammation est entretenue par la septicité des fèces qui stagnent à ce niveau.

Il importe donc de lutter contre cette inflammation et pour cela il faut supprimer l'infection qui y participe et qui la renou-

velle. Il est donc nécessaire de pratiquer une désinfection locale et d'incorporer un antiseptique à la pommade afin d'éviter l'infection de la muqueuse.

De nombreux produits peuvent être utilisés mais ils provoquent pour la plupart une sensibilisation locale.

L'hexachlorophène est un antiseptique qui n'expose pas à la sensibilisation et de tolérance bien connue.

La Pommade M I 302 contient également du Rutoside, rutine dont les indications thérapeutiques sont connues : troubles de la perméabilité capillaire, fragilité excessive, prévention des accidents vasculaires.

CHAPITRE III

-:-

UTILISATION DE LA POMMADE MI 302 A BASE DE SILICONES ET D'HEXACHLOROPHENE

-:-

Cette pommade anti-hémorroïdaire aux silicones se distingue des préparations habituelles par :

1/ La simplicité de sa formule

2/ Par son mode d'action original, topique isolant grâce aux silicones, antiseptique grâce à l'hexachlorophène.

3/ Absence de tout principe capable de déterminer des effets secondaires sans bénéfice réel pour le malade.

OBSERVATIONS CLINIQUES (+)

Les observations ont porté sur 45 malades atteints d'hémorroïdes compliquées soit d'anite congestive caractérisée par une dilatation diffuse des capillaires, soit de cryptite ou de papillite, soit de thrombose, soit de fissure anale.

(+) La pommade MI 302 a été étudiée chez le Docteur MAISON, qui nous a aimablement communiqué ses observations. Nous y avons ajouté quelques malades personnels.

Le processus inflammatoire se traduisait chez la plupart des malades, par des douleurs, des saignements à l'occasion de l'émission des selles et à l'examen anuscopique par une turgescence du bourrelet hémorroïdaire, une rougeur intense de la muqueuse, avec parfois des petites suffusions sanguines, une exsudation sero-purulente, plus ou moins permanente, surtout en cas de procidence du bourrelet et pouvant être à l'origine d'un eczéma aigu de l'anus et d'un prurit rebelle.

Dans d'autres cas la poussée hémorroïdaire se traduisait par une thrombose, soit microthromboses en "grains de plomb" frappant surtout le bourrelet hémorroïdaire interne, soit thrombose unique, plus ou moins volumineuse atteignant le plus souvent une hémorroïde externe ou marginale. Chez quelques malades enfin, la poussée hémorroïdaire s'accompagnait de fissure de l'anus.

Les malades ont été divisés en 3 groupes suivant le résultat de l'examen proctologique :

- 1/ hémorroïdes compliquées d'anite congestive ou glaireuse, ou de cryptite = 30 cas
- 2/ hémorroïdes compliquées de thrombophlébite = 8 cas
- 3/ hémorroïdes compliquées de fissure anale = 7 cas

LA POMMADE MI 302 DANS LE
TRAITEMENT DE L'ANITE HEMORROIDAIRE : 30 CAS

-:-

Observation n°1 - Anite congestive chez un obèse gros mangeur âgé de 54 ans.

Le malade se plaint de pesanteur anale, de douleurs avec élancements apres les selles et en position assise, de saignements peu abondants, mais répétés, survenant à l'occasion d'une selle. Il a été aggravé par des suppositoires à base d'hydrocortisone et d'héparine. Ces suppositoires atténuent bien les sensations douloureuses mais provoquent l'accentuation des rectorragies. L'application de pommade MI 302 atténue les élancements douloureux. Elle provoque en plus l'arrêt des saignements en trois jours.

Résultat considéré comme satisfaisant.

Observation n°2 - Anite congestive et glaireuse chez une femme de 43 ans,

constipée habituelle usant de laxatifs irritants et de suppositoires de glycérine. Se plaint de douleurs, de suintements et d'un prurit péri-anal avec eczéma aigu. Les troubles sont atténués en quatre jours. Le prurit persiste une semaine encore et s'atténue progressivement.

Résultat considère comme satisfaisant.

Observation n°3 - Anite congestive chez un colitique.

Il s'agit d'un jeune soldat affecté en Algérie, et démobilisé.

Il a été sujet pendant son service militaire à des épisodes de diarrhée occasionnée par l'absorption d'eau fortement magnésienne. Aucun signe coprologique ou rectoscopique d'amibiase n'a pu être mis en évidence. Il a été hospitalisé à ORAN pour une poussée de thrombose hémorroïdaire massive réalisant un véritable étranglement hémorroïdaire, qui a cédé à l'application d'une pommade à base de phénylbutazone. Vient consulter pour la persistance de douleurs anorectales et de petits suintements sérosanguinoloseux.

A l'examen anuscopique : gros bourrelets d'hémorroïdes internes angiomateuses avec anite hémorroïdaire congestive et reliquat de petits noyaux phlébitiques en "grains de plomb". La pommade à la phénylbutazone n'est plus tolérée et occasionne des douleurs assez vives à type de brûlure.

L'application de pommade MI 302 pendant 48 heures fait cesser les douleurs et les saignements. A l'anuscopie : le bourrelet hémorroïdaire est moins turgescant, la muqueuse moins carminée, les noyaux phlébitiques sont toujours visibles, mais ne sont plus douloureux au toucher.

Résultat considéré comme très satisfaisant.

Observation n°4 - Prolapsus muqueux hémorroïdaire chez une multipare de 28 ans, fatiguée par des grossesses successives. Se plaint de

douleurs à la selle, de suintements sérosanguinolents tachant le linge, de prurit rebelle et de pesanteur anale s'accroissant à la fatigue. La procidence étant facilement réduite, le sphincter anal encore tonique, un traitement par les injections sclérosantes est conseillé mais est refusé.

La pommade MI 302 est prescrite sans grand espoir d'amélioration. Contrairement à notre attente, nous revoyons la patiente très améliorée au bout de trois semaines de traitement. Elle ne se plaint plus de pesanteur anale. La procidence ne se manifeste qu'à l'occasion des selles : facilement réductible, elle ne récidive pas avec la fatigue. Les suintements sérosanguinolents probablement consécutifs à la procidence de la muqueuse ont disparu.

L'amélioration ayant débuté dès les premiers jours de traitement, pour s'accroître progressivement, le résultat peut être considéré comme satisfaisant.

Observation n°5 - Anite hémorroïdaire et hémorroïdes tumorales chez un gros buveur

Mr. M... camionneur, âgé de 37 ans, consomme de façon habituelle 2 litres de liquide, bière ou vin, par jour. Il présente depuis un an des poussées hémorroïdaires fréquentes. Le traitement par les injections sclérosantes qu'il réclame lui a été refusé à la suite de la constatation d'un foie augmenté de volume.

Les suppositoires à base d'hydrocortisone n'ont apporté aucun soulagement ; les hémorroïdes restent turgescents, douloureux et saignent abondamment à l'occasion des selles.

L'application de la pommade MI 302 détermine

une diminution des douleurs anales, les saignements ne sont qu'incomplètement contrôlés mais ils sont très atténués après une semaine de traitement.

Compte tenu du contexte hépatique, ce résultat peut être considéré comme satisfaisant.

Observation n°6 - Anite congestive chez un colitique probablement allergique
(intolérance au porc, aux légumineuses et à la cellulose ligneuse)

Amélioration lente des troubles colopathiques par un régime d'exclusion. Persistance des troubles douloureux anorectaux : brûlures anales, élancements, aspect rouge sombre de la muqueuse anale.

Grosse amélioration en quatre jours de traitement.

Même en tenant compte du régime surveillance, l'amélioration rapide des douleurs anales nous fait considérer le résultat de l'application de la pommade MI 302 comme satisfaisant.

Observation n°7 - Pousée hémorroïdaire au cours d'une grossesse

Femme de 27 ans au troisième mois d'une première grossesse.

Sujette à des poussées hémorroïdaires espacées, à l'occasion d'une période de constipation, elle présente une poussée particulièrement intense à la suite de petits écarts de régime à l'occasion des fêtes de fin d'année.

L'examen met en évidence un bourrelet d'hémorroïdes internes congestionné ayant tendan-

ce à se prolaber. Des rectorragies surviennent à chaque selle. Etant donné l'état de grossesse, le traitement par les injections sclérosantes est déconseillé.

L'application de la pommade MI 302 entraîne en une semaine une atténuation de la pesanteur anale, de la congestion hémorroïdaire. Les saignements se font plus espacés et plus minimes.

Le résultat est considéré comme satisfaisant étant donné l'état de grossesse.

Observation n°8 - Anite congestive d'origine médicamenteuse.

Fonctionnaire à Dakar, ancien amibien, traité également pour ankylostomiase, il suit régulièrement un traitement comportant notamment l'absorption de direxiode. Ce traitement occasionne, à chaque fois, une poussée d'anite hémorroïdaire congestive et glaireuse qui force à diminuer les doses du produit iodé et parfois à interrompre les cures.

Malade examiné au cours d'une poussée, l'application de pommade MI 302 est conseillée. Un traitement par le direxiode a pu être mené à bien sans aggravation des troubles ano-rectaux.

Le résultat est considéré comme satisfaisant.

Observation n°9 - Anite compliquée de cryptite

Douleur anorectale vive, avec faux besoins, émissions de sérosités purulentes et sanguinolentes, spasmes du sphincter gênant l'anuscopie.

Amélioration du syndrome douloureux en cinq jours.

Persistance des suintements.

Résultat considéré comme satisfaisant.

Observation n° 10 - Malade en traitement par les injections sclérosantes pour une anite hémorroïdaire hyperalgique sans fissure visible.

Spasme du sphincter cédant progressivement à l'anuscopie : on note une petite escarre consécutive à une injection sclérosante. Amélioration importante en 3 jours.

Résultats considéré comme satisfaisant.

Observation n° 11 - Anite hémorroïdaire congestive et glaireuse occasionnée par des suppositoires à base de bile.

Amélioration en 48 heures des douleurs à type de brûlures, avec ténasme et des suintements.

Résultats considéré comme très satisfaisant.

Observation n° 12 - Poussée hémorroïdaire avec procidence d'un bourrelet d'hémorroïdes internes et marisques oedématisées à la suite de l'expulsion très pénible d'un volumineux fécalome.

Résorption en une semaine du bourrelet. Affaissement de la couronne de marisques oedématisées. A l'anuscopie, on découvre quelques microthromboses en grains de plomb du canal anal. Les douleurs très pénibles au début ont disparu après trois jours de traitement. L'oedème persiste encore une semaine.

Résultat considéré comme satisfaisant.

Observation n°13 - Anite congestive avec fissurations traumatiques de l'anus (sodomie) oedème, douleur vive à la défécation ; atténuation progressive de tous les symptômes en huit jours.

Résultat considéré comme satisfaisant.

Observation n°14 - Anite hémorroïdaire congestive chez un éthylique

Malade de 38 ans, cuisinier, éthylisme nié, vient pour des héorragies rectales relativement abondantes, survenant à chaque selle, depuis un mois, et ayant entraîné une anémie à 2.280.000 G.R.

A l'examen clinique : foie dur débordant de 3 travers de doigts le rebord costal, abdomen météorisé, tendu, absence d'ascite, de splénomégalie, de circulation collatérale.

On note par contre un faciès vultueux, un tremblement fin des extrémités. Le malade se plaint de cauchemars. On note une douleur à la pression des masses musculaires.

Le diagnostic d'hémorroïdes par hypertension portale chez un éthylique porteur d'un gros foie scléreux est porté et est confirmé par l'anuscopie et la rectoscopie qui montrent un gros bourrelet d'hémorroïdes internes très congestionné avec anite congestive intense.

Le traitement sclérosant demandé par le médecin traitant est déconseillé. Le patient est mis pour une semaine au traitement par la pommade MI 302, dans l'attente du résultat

des examens biologiques nécessités par son atteinte hépatique.

Revu huit jours plus tard avec comme seul traitement adjuvant la mise à un régime sévère, le patient déclare ne plus avoir saigné. Le bourrelet hémorroïdaire est toujours turgescant ; la muqueuse ano-rectale est beaucoup moins congestionnée.

Conclusion : résultat satisfaisant.

Observation n°15 : Anite congestive

Malade de 42 ans présentant depuis 3 ans un prurit hémorroïdaire avec lésions de grattage eczématisées. Vient de faire une première crise hémorroïdaire aiguë, avec hémorragie, douleur à la marche et à la défécation, proci-dence importante.

Le malade a été revu après une application bi-quotidienne de pommade pendant une semaine. L'hémorragie a disparu, les douleurs sont très atténuées, le prurit demeure inchangé, mais la dermatose "sèche" (terme même du malade qui traduit bien la diminution de l'exosé-rose).

Résultat satisfaisant.

Observation n°16 - Anite congestive

Malade de 40 ans, souffrant depuis 2 ans de deux à trois poussées hémorroïdaires avec prurit persistant dans les intercrises, et lésions de grattage eczématisées et suintantes (pas de parasitose).

Début du traitement en crise avec hémorra-gie, douleur à la défécation et exacerbation du prurit.

Au bout de 8 jours de traitement, hémorragie et douleurs ont disparu, le prurit semble amélioré, la dermatose pâlit et suinte beaucoup moins.

Résultat satisfaisant.

Observation n°17 - Anite congestive

Malade de 43 ans, souffrant d'hémorroïdes depuis 3 ans. Vient consulter en pleine crise : pas d'hémorragie, mais douleur à la marche et à la défécation, prurit et lésions de grattage.

Après traitement, tous les symptômes ont disparu, sauf le prurit qui demeure inchangé.

Résultat satisfaisant.

Observation n°18 - Anite congestive

Malade de 55 ans, pléthorique, souffrant depuis 5 ans de constipation, avec poussées congestives hémorroïdaires ; présente une dermite érythémateuse, suintante de la marge de l'anus avec prurit. Accuse au début du traitement une gêne à la marche et une douleur à la défécation.

Après traitement, douleur, gêne et prurit ont disparu, la dermatose demeure inchangée.

Résultat satisfaisant.

Observation n°19 - Anite congestive

Malade de 49 ans, souffrant depuis des années de poussées congestives hémorroïdaires avec prurit permanent, lésions de grattage et douleur à la défécation.

Après traitement, la douleur a disparu, le prurit et les troubles trophiques demeurent inchangés.

Résultat satisfaisant.

Observation n°20 - Anite congestive

Malade de 37 ans, chroniquement constipé. Vient de faire une première crise hémorroïdaire aiguë, dont il ne persiste qu'un prurit tenace et des lésions anales et périanales de grattage.

Après traitement, le prurit semble amélioré, les lésions sont plus sèches.

Résultat satisfaisant.

Observation n°21 - Anite congestive

Malade de 40 ans, soigné une première fois en 1951 pour une anite hémorroïdaire congestive se traduisant par une sensation de brûlure, des picotements et des saignements de sang rouge apparaissant par intermittence à l'occasion d'une selle.

Tendance à la constipation traitée par une préparation à base de bourdaine.

Amélioration après une série d'injections sclérosantes.

Le malade est revu au début de septembre 1960 pour la reprise des picotements et des brûlures, et l'apparition d'une pesanteur et de petits élancements à l'anus. L'examen anuscopique ne montre qu'une légère suite congestive.

La prescription de pommade MI 302 entraîne une amélioration rapide très importante, au point qu'un traitement de rappel par les injections sclerosantes, envisagé tout d'abord, n'est pas entrepris.

Résultat très satisfaisant.

Observation n°22 - Anite congestive

Malade de 38 ans, en poussée hémorroïdaire depuis une semaine. On note un bourrelet d'hémorroïdes internes turgescent ayant tendance à la procidence.

L'application de la pommade MI 302 apporte un soulagement très appréciable, avec sensation de fraîcheur dès la première nuit. Le traitement est poursuivi. La cure par les injections sclérosantes ne sera entreprise qu'en cas de rechute.

Résultat satisfaisant.

Observation n°23 - Anite glaireuse

Malade de 37 ans, présentant un prurit anal intense lié à un eczéma aigu péri-anal, consécutif lui-même à une anite hémorroïdaire glaireuse.

Le traitement par les bains de siège avec une solution de permanganate au 1/10.000, suivis de l'application de pommade MI 302, apporte un soulagement rapide et la guérison des lésions péri-anales.

Résultat satisfaisant.

Observation n°24 - Anite congestive

Malade de 47 ans, gros mangeur et gros buveur, se plaint de saignements et de suinte-

ments abondants, tâchant le linge et entraînant une sensation de brûlure intolérable.

L'examen rectoscopique ne met en évidence qu'un gros bourrelet d'hémorroïdes internes angiomateuses et tumorales.

Quelques conseils de diététique, l'application de pommade MI 302, entraînent l'amélioration rapide de tous les troubles.

Résultat satisfaisant.

Observation n°25 - Anite congestive

Il s'agit d'une malade inquiète, 67 ans, ayant présenté depuis dix ans de nombreuses poussées hémorroïdaires.

La crainte d'une rechute l'incite à se faire faire des séries d'injections sclerosantes de consolidation dès l'apparition du moindre symptôme : picotement, prurit, brûlure.

Actuellement, l'examen rectoscopique montre une muqueuse anale cicatricielle, dure, blanchâtre, ainsi qu'une légère lichénification des plis radiaux de l'anus traduisant l'existence d'un prurit ancien.

L'application de pommade MI 302 suffit à apporter le soulagement à la malade qui supprime d'elle-même les tranquillisants dont elle usait largement.

Résultat satisfaisant.

Observation n°26 - Anite hémorroïdaire congestive avec papillite hypertrophique

Malade de 40 ans, neurotonique, constipé

habituel, usant de suppositoires laxatifs. Se plaint d'une douleur vive, déchirante à la selle, persistant après la selle, et d'un prurit anal intolérable

- Absence de spasme sphincteralgique
- Absence de fissure anale
- Absence de lésion de grattage

On note l'existence d'une grosse anite congestive avec bourrelet d'hémorroïdes internes très congestionné et une papillite hypertrophique. Amélioration incomplète, après une semaine de traitement la douleur et le prurit persistent quoique atténués.

Résultat considéré comme médiocre, mais tenir compte du terrain névropathique.

Observation n°27 - Anite résiduelle après cure des hémorroïdes par les injections sclérosantes, chez un malade de 37 ans, sédentaire, gros mangeur.

Persistance d'élançements, de brûlures et d'un léger suintement facteur de prurit. L'application de pommade MI 302 fait disparaître le suintement. Les élançements et les brûlures quoique atténués, persistent et inquiètent le malade. La prescription d'un régime de restriction alimentaire, avec suppression des épices et du café, la prescription de neuro-sédatifs, ajoutées à la pommade MI 302 aboutissent à un soulagement appréciable au bout de quinze jours de traitement.

Résultat considéré comme médiocre (nécessité d'un traitement associé).

Observation n°28 - Anite hémorroïdaire congestive intense déterminée par l'absorption à hautes doses de comprimés de sulfate de soude anhydre.

A l'anuscopie, bourrelet d'hémorroïdes internes angiomateuses très congestionnées. La muqueuse rouge framboisée laisse perler le sang et saigne abondamment à l'écouvillonnage. Nous conseillons la suppression des comprimés laxatifs et la pommade MI 302. Légère atténuation des douleurs et des saignements après une semaine de traitement.

Le résultat est considéré comme médiocre. Un traitement par les injections sclérosantes est institué.

Observation n°29 - Anite congestive

"Vieil hémorroïdaire" de 53 ans, sans crise aiguë actuelle, mais présentant en permanence une douleur à la défécation, un prurit tenace à prédominance nocturne, et d'importantes lésions de grattage. Après traitement, la douleur à la défécation est moins intense, le prurit inchangé, ainsi que les lésions cutanées.

Résultat médiocre.

Observation n°30 - Anite avec coccygodymie

Femme de 40 ans, hypersensible, se plaint d'une douleur anale avec irradiation coccygienne, sans douleur à la mobilisation du coccyx. Echec d'une infiltration à la novocaïne de la région sensible.

A l'anuscopie : suite congestive hémorroïdaire modérée. Aucune amélioration par la pommade MI 302. Résultat considéré comme nul,

mais il faut tenir compte du terrain névropathique.

o

LA POMMADE MI 302 DANS LE TRAITEMENT
DE LA THROMBOPHLEBITE HÉMORROIDAIRE
(8 cas)

--

Observation n°1 - Thrombophlébite localisée
d'une hémorroïde interne

Douleur sourde, permanente, devenant vive à la défécation et au TR.

A l'anuscopie : thrombose localisée.

Incision de la muqueuse, évacuation du caillot, compression à l'aide d'une mèche enduite de Néocollargol.

Le malade est revu au bout de 48 heures. Le thrombus s'est reformé ; le patient souffre comme auparavant. L'application en couche épaisse de la pommade MI 302 entraîne un soulagement très appréciable. Guérison progressive en une semaine.

Conclusion : résultat considéré comme satisfaisant.

Observation n°2 - Microthromboses en "grains
de plomb" d'hémorroïdes marginales

Amélioration notable des douleurs en trois jours.

Conclusion : résultat considéré comme satisfaisant.

Observation n°3 - Thrombophlébite

Présente le 19 septembre 1960 deux noyaux de thrombo-phlébites superposés. L'une des thromboses est en voie d'évacuation spontanée, le caillot est expulsé par la pression digitale.

La malade est soumise exclusivement au traitement par la pommade MI 302. Revue 3 jours après, elle ne souffre plus. Mais la dernière thrombose reste tendue, volumineuse, une incision est pratiquée et permet son évacuation.

Résultat satisfaisant.

Observation n°4 - Thrombose d'une hémorroïde externe datant de 3 jours.

Ouverte spontanément, évacuation incomplète du caillot.

Oedème de voisinage modéré, douleur ano-rectale irradiant dans la fesse du côté de la thrombose. Prurit anal intolérable. Il s'agit d'un psychopathe redoutant le cancer du rectum.

L'application de pommade MI 302 n'entraîne qu'une amélioration peu appréciable au bout d'une semaine.

Résultat considéré comme mediocre.

Observation n°5 - Thrombose oedémateuse indurée datant de six semaines environ

Prolapsus muqueux partiel avec suintements, eczéma péréal, prurit.

Amélioration passagère par une pommade à base d'héparine et d'hydrocortisone. Le pru-

rit réapparaît dès que l'application de cette pommade est interrompue.

Amélioration légère avec la pommade MI 302 qui est remplacée au bout d'une semaine par la pommade Midy à la phénylbutazone.

Conclusion : résultat considéré comme médiocre.

Observation n°6 - Thrombose marginale noyée dans un gros oedème

Douleurs vives. Sédation peu appréciable de la douleur et de l'oedème en une semaine. Résultat médiocre.

Observation n°7 - Thrombophlébite marginale unique, du volume d'un grain de café, apparue 48 heures avant l'examen. Oedème peu accentué ; douleur vive, spontanée et au toucher.

Le malade, pusillanime, refuse l'incision pour évacuation du caillot. L'application de pommade MI 302 n'entraîne qu'un soulagement minime. L'oedème persiste, inchangé.

Au bout de 24 heures, la pommade est alors remplacée par une pommade à la phénylbutazone à 5 p.cent. Le soulagement est alors rapide. L'oedème se résorbe petit à petit.

Conclusion : échec de la pommade MI 302.

Observation n°8 - Thrombophlébite massive d'un bourrelet d'hémorroïdes internes proci-
dentes "étranglement hémorroïdaire"

Douleurs vives, oedème important. Aucune amélioration au bout de trois jours de traitement. Amélioration légère avec la pommade à

la phénylbutazone. Le malade est adressé à l'électroradiologiste pour traitement par la radiothérapie à doses anti-inflammatoires.

Conclusion : échec du traitement par la pommade MI 302.

o

LA POMMADE MI 302 DANS LE TRAITEMENT
DE LA FISSURE DE L'ANUS
(7 cas)
-:-

Observation n°1 - Fissure aiguë hyperalgique
avec spasme du sphincter

Douleur vive à la selle persistant pendant plusieurs heures ; début brutal après expulsion d'un fécalome baryté consécutif à un examen radiologique de l'estomac.

A l'examen : fissure du pôle postérieur de l'anus masquée par une marisque dans le fond de la fissure, on note un petit caillot sanguin, reliquat probable d'une microthrombose. L'exploration est très difficile du fait du spasme sphincteralgique.

L'application de la pommade MI 302 n'apporte pas de soulagement appréciable. La malade est revue 48 heures après. Elle souffre autant. Une injection sous-fissure de novocaïne à 2 p.cent, suivie d'une injection sous-fissure de chlorhydrate de quinine et d'urée apporte un soulagement durable.

Conclusion : échec de la pommade MI 302

Observation n°2 - Fissure invétérée de l'anus.

Syndrome douloureux remontant à deux mois.

A l'examen : volumineuse fissure en raquette du pôle postérieur de l'anus ; ulcération d'aspect atone limitée par un rebord scléreux. Douleur assez vive à la défécation mais non durable. Persistance d'une douleur sourde. Pas de spasme. Retentissement psychique : syndrome dépressif.

Le traitement isolé par la pommade MI 302 apporte un soulagement notable, mais insuffisant. Guérison par l'injection sous-fissuraire de novocaïne suivie de l'excision du rebord scléreux.

Conclusion : résultat médiocre du traitement isolé par la pommade MI 302.

Observation n°3 - Femme de 37 ans atteinte de fissure aiguë de l'anus traitée par l'injection sous-fissuraire de novocaïne et de chlorhydrate double de quinine et d'urée. Le traitement post-opératoire conseillé et consistant en pommade au Néocollargol n'a pas été suivi et a été remplacé par l'application d'une pommade à l'hydrocortisone.

Soulagement passager auquel fait suite une douleur sourde des que la pommade à l'hydrocortisone est supprimée.

A l'examen, on note l'existence d'un petit décollement sous-muqueux faisant clapier, d'où sourd une goutte de sérosité purulente.

Le traitement consiste en mise à plat du décollement et en application de pommade MI 302. La malade, revue huit jours plus tard, ne souffre plus. La fissure est en voie de cicatrisation.

Résultat satisfaisant de l'application de

la pommade MI 302 à titre de traitement post-opératoire.

Observation n°4 -

Le malade est vu le 10 septembre 1960 pour une thrombose hémorroïdaire marginale et une petite fissure siégeant à son voisinage.

Le syndrome douloureux est assez important. Mais l'absence de spasme sphincteralgique nous incite à surseoir à l'injection sous-fissuraire suivant la technique d'A. CAIN et à prescrire uniquement la pommade MI 302.

Le malade est revu le 19 septembre 1960, considérablement soulagé. La thrombose est en voie de résorption, la fissure en voie de cicatrisation.

Résultat satisfaisant.

Observation n°5

Malade de 51 ans, en crise hémorroïdaire depuis 4 mois.

A la suite de la prescription d'antibiotiques, elle a ressenti une douleur anale vive, qui n'a pas cédé à l'introduction de suppositoires à la Phénylbutazone ni à des injections sclérosantes sous-fissuraires.

L'examen met en évidence, le 13 juin 1960, une fissure du pôle postérieur de l'anus, bordée par un rebord scléreux, que nous traitons par l'excision sous anesthésie locale.

La malade est revue le 17 septembre. La fissure est cicatrisée aux 2/3 mais la douleur, quoique atténuée, persiste et inquiète

la malade.

L'application de pommade MI 302 entraîne un soulagement très appréciable.

Le traitement sclérosant est repris par la suite de la constatation d'un bourrelet hémorroïdaire interne.

Résultat très satisfaisant.

Observation n°6

La malade présente depuis 15 jours des hémorragies rectales de sang rouge et une douleur vive à type fissuraire.

L'examen met en évidence une fissure aiguë du pôle postérieur de l'anus et un bourrelet d'hémorroïdes internes.

L'injection sous-fissuraire de quinine-urée xylocaïne entraîne un soulagement incomplet. L'application de la pommade MI 302 apporte un soulagement plus marqué et donne à la malade la patience de poursuivre le traitement sclérosant.

Résultat satisfaisant.

Observation n°7

Malade présentant un condylome un peu à droite du pôle postérieur de l'anus, qui est sectionné au bistouri électrique le 16 septembre 1960. L'application de pommade MI 302 permet d'avoir des suites opératoires indolores comme en témoigne le malade revu quinze jours après.

Résultat très satisfaisant.

INTERPRETATION DES RESULTATS

--

Nous avons considéré comme :

- très satisfaisants (5 cas)

les cas dans lesquels l'amélioration a été obtenue en moins de 48 heures et portait sur tous les symptômes.

Dans plusieurs cas il s'agissait de malades sujets à des crises hémorroïdaires fréquentes, survenant par exemple à l'occasion d'une poussée de colite ou d'un excès alimentaire. Il a été possible dans ces cas de comparer l'action de la pommade MI 302 avec l'action des produits antérieurement utilisés : topiques classiques, corticoïdes de synthèse.

- satisfaisants (28 cas)

lorsque l'amélioration se manifestait au-delà de 48 heures ou ne portait que sur un seul des symptômes : douleurs, saignements, turgescence du bourrelet, prurit.

- médiocres ou nuls (12 cas)

lorsque l'amélioration ne se manifestait pas de façon appréciable après 8 jours de traitement.

--

CONCLUSIONS

-:-

La pommade anti-hémorroïdaire à base de silicone et d'hexachlorophène constitue donc, en applications locales, un traitement efficace des hémorroïdes. Son action n'est pas toujours spectaculaire mais elle est néanmoins très nette.

La pommade MI 302 nous a paru donner des résultats aussi satisfaisants que la plupart des pommades anti-hémorroïdaires contenant des anesthésiques, des vasoconstricteurs ou des corticoïdes.

Son action s'exerce avant tout sur les phénomènes congestifs de la poussée hémorroïdaire et sur les états préthrombotiques.

Dans les fissures anales, l'application de pommade ne suffit pas à elle seule à faire céder le syndrome hyperalgique ; par contre l'intervention chirurgicale et l'application de pommade procure un soulagement appréciable.

-:-

Vu :

Vu :

Le Président :

Le Doyen :

Signé : L. de GENNES

Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ARNOUS J., SCHAPIRO R.
Un traitement simple et souvent efficace de la thrombose hémorroïdaire.
(Presse Méd. 1956- 64)

AUGUSTE Ch., DEBRAY Ch., HOUSSET P.
Utilisation des silicones en gastroscopie.
(Communication à la Société Nationale Française de Gastro-entérologie. Séance du 8.10.1956)

BACON A.
Anus, rectum, sigmoïde, côlon. Diagnosis and treatment.
(2 volume 17 - 27 p. 1949 - Lippincot éd.)

BENSAUDE R.
Historique des hémorroïdes.
(Presse Médicale 1937 - 45)

BENSAUDE R. et BENSAUDE A.
Les hémorroïdes et leur traitement dans les maladies de l'intestin.
(Paris 1939 - Masson et Cie éd.)

BENSAUDE A.
Traitement du prurit anal chez les hémorroïdaires.
(Bull. gén. Therap. 1937 - 188)

BENSAUDE A. et BURCKEL I.

Cryptite et anite hémorroïdaire.

(Semaine des hôpitaux, Paris 1948 - 24)

BENSAUDE R. et BENSAUDE A.

Fissure anale (dans Maladies de l'intestin IV)

(Paris 1953 - Masson et Cie éd.)

BENSAUDE A. et BERTILLON F.

Hémorroïdes et angiomes anorectaux chez l'enfant.

(Arch. Mal. appar.digestif - 1938-28)

BENSAUDE et MILSTEIN

(La vie Médicale n°15 - 1960)

BENSAUDE A.

La Gazette Médicale - 10 juin 1962

BUTAT A.

Le traitement médical curatif ambulatoire des hémorroïdes.

(Thèse Paris 1939 dactyl.)

BENSAUDE A., ROBERTI A.

Les hémorroïdes, traitements récents et traitements anciens.

(Presse Médicale 1959- 67)

BENSAUDE A.

Hémorroïdes et leur traitement

(Proctologie pratique - Revue du Praticien 11 octobre 1954)

BENSOUSSAN H.

Le traitement chirurgical des varices.

(Omnipraticien français 1961)

CANI A.

La thrombophlébite sus-hémorroïdaire du rectum.

CANI A.

Traitement de la procidence hémorroïdaire.

(Presse médicale 1939 - 47)

CANI A. et OURY P.

Hémorroïdes et angiomatose hémorragique.

(Presse Médicale 1933- 41)

CANI A., BENSAUDE A., LEAR A.

Le traitement de la fissure anale par l'injection d'un mélange de novocaïne et de Chlorhydrate d'Histamine.

(Arch. Mal. App. Digestif, mai 1939)

CHAPPOTEAU R.

Un nouvel antigestralgique.

(Thèse Paris 1957)

CHENE P. et LAPLAGUE A.

Sur la thrombose hémorroïdaire.

(Gaz. Médicale France 1942 - 49)

DASCALAKIS T.B. et Coll.

Etude expérimentale de l'influence de certains médicaments sur l'acidité gastrique. Travail de la clinique de l'université Nationale d'Athènes.

DELATOR G.

Les maladies des varices et leur traitement.

(1 vol. 272p. Paris 1931 Masson et Cie éd.)

FAROY et Coll.

Plexalgie pararectale fugace des colitiques.

(Presse Médicale 12 juin 1954).

FILIPPI M.

Hautes doses médicamenteuses dans la
crise hémorroïdaire aiguë.
(Arch. mal. app. digestif 1939 - 29)

FILIPPI M.

De la thérapeutique médicale des throm-
boses et étranglements hémorroïdaires.
(Concours Médical 1962 - 5)

GUARD M.H., FRAISSE J., GUILLERMET et CHABAUD

Un nouvel antigestralgique : le Gel
de Polysilane.
(Lyon Médical n°48 - 1-12-57)

HENRY R.B. et SENORRETTI E.R.

Manuel de proctologie.
(Roullière Ed. 1954)

HENRY R.B.

Le symptôme douleur dans la pathologie
anorectale.
(Revue du Praticien - 11 octobre 1954)

HENRY R.B.

Thérapeutique de la douleur en patho-
logie anorectale.
(Revue du Praticien - 11 octobre 1954)

HILLEMANT P. et GAULE R.

Traitement médical des hémorroïdes.
(Bull. Gén. Thérap. 1937 - 188)

HILLEMANT P.

La thrombophlébite sus-hémorroïdaire
du rectum et hémorragies rectales.
(Bull. et Mémoires Soc. Méd. Hôp.
Paris 1941- 57)

HIRSCHOWITZ B.I., BLOT R.J., POLLARD

Defoarring in gastroscopy with silicon
(Gastroenterology 1954).

LAMBLING A. et SOULARD J.

L'anesthésie retard du sphincter
dans le traitement des fissures anales.
(Arch. mal. App. digestif 1946 - 35)

LA SELVE A. et Coll.

A propos d'un nouveau traitement du
pyrosis gravidique par les silicones.
(Soc. Gyn. Obst. Lyon Séance d'avril
1959)

LECHAT Raoul

Les silicones.
(Thérapie 1956, n°11)

MARIAUX S.

Contribution à l'étude des thromboses
hémorroïdaires.
(Thèse 10 p. Paris 1942 Jouve Ed.)

MASSION J.

Constipation et fissure anale.
(Acta Gastro-entérol. Belg. 1947-10)

NICKERSAU H. et CURRY C.F.

Ulcération gastrique combattue avec
des agents de revêtement de surface.
(Fed. Proceed. An. Exp. Biol. 12 -
1953)

ORSIPOURSKI R.

Les prurits anovulvaires.
(Revue du Praticien 11 oct. 1954)

OURY P. et DUBOIS J.

Les symptômes des hémorroïdes
et leur traitement.
(Bull. gén. Thérap. 1937 - 188)

OURY P. et BENSAUDE A.

Les hémorroïdes et leur traitement.
(1 vol. 212 p. Paris 1950 - Expansion
Scientifique française éd.)

POURIER A.

Sur une petite chirurgie des hémorroïdes.
(Gaz. Méd. France 1941-48)

RACHET J. et BUSSAR A.

Les fissures anales et leur traitement
ambulatoire.
(Revue Médicale nov.1941)

RACHET J. et BUSSAR A.

Anite ou phlébite hémorroïdaire.
(Rev. de Méd. Paris 1941 - 58)

RACHET J. et BUSSAR A.

Les hémorroïdes externes. Leur traite-
ment ambulatoire
(Revue de Méd. Paris 1941 - 58)

RACHET J. et BUSSAR A.

Les hémorroïdes dans les maladies de
l'intestin et du péritoine.
(Ed. Méd. Flammarion Paris 1954)

THALY H., BORD A., PAYEN P.

La cryptite son importance en patho-
logie anorectale.
(Presse méd. 1954 - 62)

VIGONI M.

Les anesthésiques retard dans la pra-
tique proctologique.
(Acta Gastro-enterologica Belgica fasc.
12 1952)

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

